

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

THÈSE

948

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**CHAPLAIS Roger,**

né le 27 Mai 1927 à CHAVILLE (S.-et-O.)

*Présentée et soutenue publiquement le*

# STÉATORRHÉE IDIOPATHIQUE à forme pseudo-rhumatismale

*PRÉSIDENT : Monsieur le Professeur H. BENARD*







FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**CHAPLAIS Roger,**

né le 27 Mai 1927 à CHAVILLE (S.-et-O.)

*Présentée et soutenue publiquement le*

# STÉATORRHÉE IDIOPATHIQUE à forme pseudo-rhumatismale

*PRÉSIDENT : Monsieur le Professeur H. BENARD*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA40153503\\_0024](https://archive.org/details/IA40153503_0024)

M. BAUDOIN

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, COUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN . . . . . Léon BINET  
Membre de l'Institut  
ASSESEUR . . . . . Jean VERNE.

## I.- PROFESSEURS

|                                                                     |                                               |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                  | CORDIER (G.)                                  |
| Anatomie pathologique . . . . .                                     | DELARUE (A.)                                  |
| Bactériologie . . . . .                                             | GASTINEL (P.)                                 |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports . . . . .   | CHAILLEY - BERT (P.)                          |
| Biologie médicale . . . . .                                         | VERNE (J.)                                    |
| Cancérologie médicale et sociale . . . . .                          | HUGUENIN (R.)                                 |
| Carcinologie . . . . .                                              | OBERLING (C.)                                 |
| Chimie médicale . . . . .                                           | POLONOWSKI (M.)                               |
| Hôtel - Dieu . . . . .                                              | BROCQ (P.)                                    |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                                   | Broussais . . . . . de CAUDART-d'ALAINES (F.) |
| Salpêtrière . . . . .                                               | MONDOR (H.)                                   |
| Cochin . . . . .                                                    | QUENU (J.)                                    |
| Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique . . . . .         | MERLE D'AUBIGNE (R.)                          |
| Clinique de cardiologie . . . . .                                   | DORZELOT (H.)                                 |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie . . . . .           | FEVRE (M.)                                    |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire . . . . .                   | MONOD (R.)                                    |
| Clinique de la tuberculose . . . . .                                | BERNARD (E.)                                  |
| Clinique de neuro-chirurgie . . . . .                               | PETIT-DUTAILLIS (D)                           |
| Clinique de puériculture . . . . .                                  | LELONG (M.)                                   |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .           | DEGOS (R.)                                    |
| Clinique des maladies du sang . . . . .                             | CHEVALLIER (P.)                               |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                  | ALAJOUANINE (T.)                              |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                         | DEBRE (R.)                                    |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                        | MOLLARET (P.)                                 |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale . . . . .          | DELAY (J.)                                    |
| Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition . . . . . | BOULIN (R.)                                   |
| Clinique gynécologique . . . . .                                    | FUNCK-BRENTANO (P.)                           |
| Hôtel Dieu . . . . .                                                | BENARD (H.)                                   |
| Cliniques médicales . . . . .                                       | Bichat . . . . . LAROCHE (G.)                 |
| Cochin . . . . .                                                    | MOREAU (R.)                                   |
| Broussais . . . . .                                                 | DE GENNES (L.)                                |
| Clinique médicale d'hydro - climatologie thérapeutique . . . . .    | JUSTIN-BESANCON (L.)                          |
| Clinique médicale propédeutique . . . . .                           | PASTEUR                                       |
|                                                                     | VALLERY-RADOT (L.)                            |
| Tarnier . . . . .                                                   | LANTUEJOUL (P.)                               |
| Clinique obstétricale . . . . .                                     | Banlelocque . . . . . LEVY-SOLAL (E.)         |
| Port Royal . . . . .                                                | LACOMBE (M.)                                  |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                  | VELTER (E.)                                   |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                         | AUBIN (A.)                                    |



M. BAUDOIN

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, COUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN . . . . . Léon BINET  
Membre de l'Institut  
ASSESEUR . . . . . Jean VERNE.

## I.- PROFESSEURS

|                                                                     |                                       |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                  | CORDIER (G.)                          |
| Anatomie pathologique . . . . .                                     | DELARUE (A.)                          |
| Bactériologie . . . . .                                             | GASTINEL (P.)                         |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports . . . . .   | CHAILLEY - BERT (P.)                  |
| Biologie médicale . . . . .                                         | VERNE (J.)                            |
| Cancérologie médicale et sociale . . . . .                          | HUGUENIN (R.)                         |
| Carcinologie . . . . .                                              | OBERLING (C.)                         |
| Chimie médicale . . . . .                                           | POLONOWSKI (M.)                       |
| Hôtel - Dieu . . . . .                                              | BROCQ (P.)                            |
| Broussais . . . . .                                                 | de CAUDART-d'ALAINES (F.)             |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                                   | Salpêtrière . . . . . MONDOR (H.)     |
| Cochin . . . . .                                                    | QUENU (J.)                            |
| Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique . . . . .         | MERLE D'AUBIGNE (R.)                  |
| Clinique de cardiologie . . . . .                                   | DORZELOT (H.)                         |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie . . . . .           | FEVRE (M.)                            |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire . . . . .                   | MONOD (R.)                            |
| Clinique de la tuberculose . . . . .                                | BERNARD (E.)                          |
| Clinique de neuro-chirurgie . . . . .                               | PETIT-DUTAILLIS (D)                   |
| Clinique de puériculture . . . . .                                  | LELONG (M.)                           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .           | DEGOS (R.)                            |
| Clinique des maladies du sang . . . . .                             | CHEVALLIER (P.)                       |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                  | ALAJOUANINE (T.)                      |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                         | DEBRE (R.)                            |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                        | MOLLARET (P.)                         |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale . . . . .          | DELAY (J.)                            |
| Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition . . . . . | BOULIN (R.)                           |
| Clinique gynécologique . . . . .                                    | FUNCK-BRENTANO (P.)                   |
| Hôtel Dieu . . . . .                                                | BENARD (H.)                           |
| Cliniques médicales . . . . .                                       | Bichat . . . . . LAROCHE (G.)         |
| Cochin . . . . .                                                    | MOREAU (R.)                           |
| Broussais . . . . .                                                 | DE GENNES (L.)                        |
| Clinique médicale d'hydro - climatologie thérapeutique . . . . .    | JUSTIN-BESANCON (L.)                  |
| Clinique médicale propédeutique . . . . .                           | PASTEUR                               |
|                                                                     | VALLERY-RADOT (L.)                    |
| Tarnier . . . . .                                                   | LANTUEJOUL (P.)                       |
| Clinique obstétricale . . . . .                                     | Bandelocque . . . . . LEVY-SOLAL (E.) |
| Port Royal . . . . .                                                | LACOMBE (M.)                          |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                  | VELTER (E.)                           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                         | AUBIN (A.)                            |

# Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires

|                                                    |                           |                  |
|----------------------------------------------------|---------------------------|------------------|
|                                                    | (chaire à titre personnel | RICHET (C.)      |
| Clinique psychiatrique infantile                   |                           | HEUYER (G.)      |
| Clinique rhumatologique et sociale                 |                           | COSTE (F.)       |
| Clinique stomatologique                            |                           | DECHAUME (E.)    |
| Clinique thérapeutique chirurgicale                |                           | SENEQUE (J.)     |
| Clinique thérapeutique médicale                    |                           | LEMAIRE (A.)     |
| Clinique urologique                                |                           | FEY (B.)         |
| Embryologie                                        |                           | GIROUD (A.)      |
| Génétique                                          |                           | LAMY (M.)        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie         |                           | MOUQUIN (M.)     |
| Histologie                                         |                           | CHAMPY (C.)      |
| Hygiène et clinique de la première enfance         |                           | CATHALA (J.)     |
| Hygiène et médecine préventive ;                   |                           | JOANNON (C.)     |
| Médecine du Travail                                |                           | DESOILLE (H.)    |
| Médecine légale ;                                  |                           | PIEDELIEVRE (R.) |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale       |                           | GALLARD (H.)     |
| Pathologie chirurgicale                            |                           | N ...            |
| Pathologie exotique                                |                           | LAVIER (G.)      |
| Pathologie expérimentale et comparée               |                           | LENEGRE (J.)     |
| Pathologie médicale                                |                           | BARIETY (M.)     |
| Pathologie et thérapeutique générales              |                           | N ...            |
| Pharmacologie et matière médicale                  |                           | HAZARD (R.)      |
| Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel) |                           | DOGNON (A.)      |
| Physiologie                                        |                           | EINET (L.)       |
| Physique médicale                                  |                           | STROHL (A.)      |
| Radiologie médicale                                |                           | DESGREZ (B.)     |
| Technique chirurgicale                             |                           | MOULONGUET (P.)  |
| Thérapeutique                                      |                           | TURPIN (R.)      |

## II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

### MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie               | (DEBEYRE (J.)<br>(DELMAS (A.)<br>N ...<br>GAUTHIER-VILLARS                                                                                                                                                                                                                      |
| Anatomie pathologique  | (Mlle D Pr.s.ch.<br>BUSSEY (F.)<br>GOUYGOU<br>FASQUELLE (R.)<br>NEVOT (A.)<br>BOURLIERE (F.)<br>ETTORI (J.) Pr.s.ch.<br>JAYLE (M.F.) Pr.s.ch.<br>SCHAPIRA (G.)<br>DUPERRAT (F.)<br>BULLIARD (H.) Pr.s.ch.<br>COUJARD (R.)<br>N ...<br>DEBRAY (C.)<br>BOYER (J.)<br>DEPARIS (M.) |
| Bactériologie          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Biologie médicale      |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Chimie médicale        |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Dermato-Syphiligraphie |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Histologie             |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Hydrologie             |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Hygiène                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                         |                      |
|-----------------------------------------|----------------------|
| Médecine légale et du travail . . . . . | DEROBERT (L.)        |
|                                         | GAULTIER (M.)        |
|                                         | HADENGUE (A.)        |
| Neurochirurgie . . . . .                | DAVID (M.)           |
| Neurologie . . . . .                    | SEZE (S. de)         |
|                                         | GRASSET (J.)         |
|                                         | LEPAGE (F.)          |
|                                         | MAYER (M.)           |
| Obstétrique . . . . .                   | MERGER (R.)          |
|                                         | MORIN (P.)           |
|                                         | RAVINA (J.)          |
|                                         | VARANGOT (J.)        |
| Ophtalmologie . . . . .                 | OFFRET (G.)          |
|                                         | DESIGNES (P.)        |
| Orthopédie . . . . .                    | JUDET (R.)           |
|                                         | HALPHEN (E) Pr.s.ch. |
| Oto-rhino-laryngologie . . . . .        | AUBRY (M.)           |
|                                         | MADURO (R.)          |
| Parasitologie . . . . .                 | BRUMPT (L.)          |
|                                         | CHABAUD (A.)         |
|                                         | ABOULKER (P.)        |
| Pathologie chirurgicale . . . . .       | BAUMANN (J.)         |
|                                         | GOSSET (J.)          |
|                                         | HUGUIER (J.)         |
|                                         | LAURENCE (G.)        |
|                                         | LEGER (L.)           |
|                                         | LORTAT-JACOB (J.)    |
|                                         | OLIVIER (Cl.)        |
| Pathologie chirurgicale . . . . .       | PADOVANI (P.)        |
|                                         | POILLEUX (M.)        |
|                                         | ROUX (M.)            |
|                                         | RUDLER (J.C.)        |
|                                         | VERNE (J.M.)         |
| Pathologie expérimentale . . . . .      | MERKLEN (P.)         |
|                                         | BERNARD (H.)         |
|                                         | BOUDIN (G.)          |
|                                         | CASTAIGNE (P.)       |
|                                         | CONTE (M.)           |
|                                         | DECOURT (J.)         |
|                                         | DOMART (A.)          |
|                                         | DREYFUS (Gilbert)    |
|                                         | FAUVERT (R.)         |
|                                         | HAMBURGER (J.)       |
| Pathologie médicale . . . . .           | KOURILSKY (R.)       |
|                                         | LAMOTTE (M.)         |
|                                         | LAROCHE (C.)         |
|                                         | MILLIEZ (P.)         |
|                                         | PEQUIGNOT (H.)       |
|                                         | PERRAULT (M.)        |
|                                         | RAMBERT (P.)         |
|                                         | THIEFFRY (St)        |
|                                         | TURIAF (J.)          |

|                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| Pédiatrie             | JOSEPH (R.)             |
|                       | LAPLANE (R.)            |
|                       | MARIS (J.)              |
|                       | LEVY (Mlle J.)          |
| Pharmacologie         | Pr. s. ch.              |
|                       | CHEYMOL (J.H.)          |
|                       | Pr. s. ch.              |
|                       | BARGETON (D.)           |
| Physiologie           | Pr. s. ch.              |
|                       | PARROT (J.L.)           |
| Physique médicale     | DJOURNO (A.) Pr. s. ch. |
|                       | GOUGEROT (L.)           |
| Pneumo - Phtisiologie | KREIS (B.)              |
| Psychiatrie           | BARUK (H.)              |
| Psychiatrie infantile | MICHAUX (L.)            |
| Stomatologie          | CERNEA (P.)             |
|                       | CHAPUT (Mme A.)         |
| Thérapeutique         | PERAULT                 |
|                       | Chargé de               |
|                       | l'enseignement          |
| Urologie              | KUSS (R.)               |

### III.- PROFESSEURS HONORAIRES et AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE  
pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), CATELLIER (J.) (Clinique Chirurgicale)  
LE LORIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique)

### IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRES et AGREGES CHARGES

DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Clinique chirurgicale    | AMELINE (A.)             |
|                          | MENECAUX (G.)            |
|                          | PATEL (J.)               |
|                          | SIGARD (A.)              |
| Clinique médicale        | BROUET (G.)              |
|                          | CACHERA (R.)             |
|                          | GARCIN (J.)              |
|                          | HUGUENAU (M.) Pr. s. ch. |
| Clinique médicale        | MARCHAL (G.)             |
|                          | SOULIE (E.)              |
| Clinique obstétricale    | DICONNET (L.)            |
|                          | ECALLE (G.)              |
| Clinique ophtalmologique | RENARD (C.)              |
| Clinique urologique      | COUVELAIRE (R.)          |

MM,

|                                                |                              |
|------------------------------------------------|------------------------------|
| Secrétaire général de la Faculté . . . . .     | MOREL (J.)                   |
| Secrétaire . . . . .                           | Mlle CHAINTREUIL (J.)        |
| Conservateur, chargé de la direction . . . . . | Docteur MAHN (A.)            |
| Conservateur . . . . .                         | Mlle COLCHON                 |
|                                                | { Mlles DUMAITRE (P.)        |
| Bibliothécaires . . . . .                      | { LE NOIR (C.)               |
|                                                | { MARTIN (F.) QUIEVREUX (E.) |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE



A   M A   F I A N C E E



A TOUS CEUX SANS QUI CETTE THESE NE SERAIT PAS

A MON PRESIDENT DE THESE :

Le Professeur H. B E N A R D

A MON MAITRE :

Le Docteur H. M A M O U



# CHAPITRE 1

## OBSERVATION PERSONNELLE



# STÉATORRHÉE IDIOPATIQUE A FORME PSEUDO-RHUMATISMALE

---

## CHAPITRE I

### OBSERVATION PERSONNELLE

Il s'agit d'un malade dont les épisodes articulaires se sont révélés longtemps avant que la sprue elle-même fut découverte et qui pose des problèmes intéressant au triple point de vue diagnostico, thérapeutique et pathogénique.

Nous envisagerons ensuite les signes essentiels de la sprue, puis les cas analogues de sprue à forme pseudo-rhumatismale et enfin les autres manifestations articulaires d'allure rhumatismale et d'origine intestinale.

+  
+      +

Monsieur C ... 45 ans.

Ouvrier spécialiste

Vient consulter le 20 Février 1954 à la consultation du Dr MAMOU (Hôpital de SEVRES) pour des douleurs dans la hanche gauche, d'intensité moyenne, exagérées par la marche, ou après une fatigue.

- Il se plaignait auparavant du genou droit.

- Les épisodes douloureux sont nets, parfois intenses, ils évoluent par périodes de semaines ou mois, sont mono ou pauci-articulaires et semblent assez anciens (le malade a été réformé pour arthritisme et tachycardie en 1932).

- D'autre part, le malade souffre, depuis 3 à 4 ans, de douleurs de l'hypochondre gauche, assez fréquentes.

- Depuis sa captivité en Pologne (1940-1945), au cours de laquelle le malade avait maigri de 25 k°, le malade a des selles claires, molles, graisseuses, parfois liquides et diarrhéiques, mais il n'a, en général, qu'une selle par jour.



- Dans les autres antécédents, on ne relève qu'une pleurésie séro-fibrineuse à l'âge de dix-huit ans.
- Les antécédents collatéraux et héréditaires sont normaux.
- En résumé :

Douleurs articulaires (surtout dans la hanche gauche et le genou droit) depuis l'âge de 25 ans et, depuis la captivité, selles graisseuses, parfois diarrhéiques.

#### E X A M E N :

Les articulations sont normales, sauf la hanche gauche, dont les mouvements spontanés et provoqués sont douloureux, mais ne sont pas limités.

Le colon gauche est sensible au palper.

L'examen des selles (25 Février 1954) montre : absence de parasites, mais présence de quelques fibres musculaires non digérées;

- présence d'amidon, de cellulose, de graisses neutres.
- le pourcentage des graisses totales par rapport au poids sec est de :

70.6 %

au lieu de 10 % normalement.

L'examen des urines (25 Février 1954) montre :

Ni albumine, ni sucre

La Radiographie de la hanche gauche montre :

- Un pincement de l'interligne à la partie inférieure.
- Il n'y a pas d'ostéoporose évidente.
- L'épreuve d'hyperglycémie provoquée (le 26 Février, 1954) par voie veineuse s'établit comme suit :

0.96 - 1 gr.20 - 1 gr.33 - 1 gr.04 - 0.72.

Le malade revient le 2 Mars.

L'examen physique montre un Schevstock unilatéral;

- les dents sont normales;
- les ongles un peu mous, un peu roses et en cuiller
- Pas de crampes de tétanie;



La langue est normale, de même, le foie, la rate.

Le malade a présenté des aphtes buccaux; il n'y a pas de cheilite.

Le pouls est rapide, 112.

Un lavement baryté, pratiqué en 1950, montre un colon normal, ainsi que la terminaison de l'ileon.

Une urographie, datant de 1948, montre des reins normaux, sauf le rein gauche, un peu plus lent à s'imprégner et restant moins imprégné que le droit ;

- Calcémie : 91 mmgr. (2 Mars 1954)

- Formule numération (2 Mars 1954) :

4.700.000 globules rouges, 37 % d'hémoglobine.

Valeur globulaire : 1

6.000 leucocytes.

71 % de poly neutrophiles

4 % d'Eosino

25 % de mononucéaires.

Un traitement est institué : Vitamines PP  
Vitamine D  
Acide follique  
Extraits hépatiques.

Régime : Pas de pain,  
Pas de farine,  
Pas de sucres en morceaux,  
Pas de pâtes, de légumineux,  
Pas de charcuterie, graisses et sauces.

Par contre, poisson, viande maigre, fruits, oeufs, légumes, pommes de terre et riz très cuits sont autorisés.

Le malade revient le 18 Mai 1954. Il a grossi de 6 kilos.

Les douleurs articulaires ont presque disparu.

Ces selles sont parfois moulées en chapelet, mais elles sont encore souvent liquides et graisseuses.

Le traitement est à continuer.

Le malade revient le 22 Juin : disparition totale des douleurs articulaires. Pas d'amélioration du côté des selles.

L'angle colique gauche est douloureux. Le malade a des gaz.

#### T R A I T E M E N T

Arrêt : de la Vitamine D

Pâte de Ravaut modifiée.



- Un nouvel examen des selles (le 22 Juin 1954) montre :

Pourcentage des graisses totales par rapport au poids sec :

63 %

Faible présence de graisses neutres.

Très faible présence d'acides gras

Faible présence de savons.

Il revient le 29 Juillet.

- Il n'y a plus de douleurs intestinales ni de gaz.
- Mais le malade a toujours des selles plus ou moins moulées,  
toujours grasses, à raison d'une selle par jour.
- Certains aliments lui donnent franchement des coliques.
- D'autre part, le malade a noté, après arrêt de l'ergorone,  
au bout de dix jours, une impression de raideurs articu-  
laires, avec des douleurs, surtout dans les genoux.

#### T R A I T E M E N T :

- Continuer : Acide follique (
- Vitaminothérapie PP ( 15 jours par mois
- Reprise de la Vitamine D )
- Surveillance de l'alimentation pour dépister les aliments qui  
lui donnent des troubles colitiques

#### RESUME DU PREMIER CHAPITRE

=====

- Le cas inédit relaté dans notre Thèse, est une forme légère de STEATORRHEE  
IDIOPATHIQUE, sans anémie et sans diarrhée importante, dont les signes cli-  
niques sont dominés par la présence de manifestations articulaires pseudo -  
rhumatisme
  - Le traitement vitamino-calciq, classique dans la sprue, a amené une dis -  
parition de ces manifestations pseudo-rhumatisme, gênantes, douloureuses,  
et qui duraient depuis des années.
-



CHAPITRE 2

---

SIGNES ESSENTIELS

---

DE LA SPRUE

---



## CHAPITRE 2

# SIGNES ESSENTIELS DE LA SPRUE

Il existe deux sortes de sprue : La SPRUE TROPICALE et la SPRUE "NOSTRAS".

### LA SPRUE TROPICALE

ETIOLOGIE : On retient surtout le climat, chaud et humide,

la sous-alimentation, la famine endémique, dans les régions où la sprue est fréquente.

SYMPTOMATOLOGIE : La maladie a une évolution cyclique, par poussées évolutives de quelques semaines à quelques mois, entrecoupées de rémission de durées variables.

La poussée est annoncée par des troubles digestifs : diarrhée, anorexie, dyspepsie, perte de poids. Les selles sont diarrhéiques, pâteuses, luisantes, graisseuses, 6 à 15 par jour, en période de poussée, d'une abondance extraordinaire, parfois liquides, parfois normales, avec élévation du taux des graisses.

Ni cellulose, ni amidon, les fibres musculaires sont bien digérées. L'excès de graisse porte sur les graisses neutres, les acides gras et les savons, contrairement à la stéatorrhée pancréatique.

Le cholestérol total est normal ou abaissé. Le rapport cholestérol esterifié est conservé.  
cholestérol total

L'hyperglycémie, provoquée (par voie orale) montre une courbe plate. En intra-veineux, la courbe est normale.

Les protéides ont une absorption normale, d'où l'idée d'un régime riche en protéides. Les vitamines sont mal absorbées :

Vitamines A : diminuées

Vitamines D : diminuées

Calcémie : diminuée

Phosphorémie ( par avitaminose D ) : diminuée.



Le squelette est souvent décalcifié. On relève souvent une spasmophilie, parfois une tétanie.

La Vitamine K (purpura) et les Vitamines B, PP (cheilite, glossite) sont mal absorbées.

#### Signes Physiques :

Le météorisme abdominal est marqué. Il contraste avec l'amaigrissement rapide et intense.

La deshydratation est intense, avec perte de  $Cl^-$  et  $Na^+$  dans les feces.  $Cl^-$  et  $Na^+$  sont diminués dans le sang (hypotension par deshydratation et non par insuffisance surrénale.)

Si l'amaigrissement est marqué, il y a oedème des membres inférieurs dû à la chute des protides, particulièrement de la serme - glossite et stomatite, aphtes buccaux sont des signes importants (la langue se dépapille en commençant par les bords et la pointe), la cheilite est plus rare.

L'anémie n'est pas un signe précoce. Elle est habituellement macrocytaire, hyperchrome, mégaloblastique.

Il y a leucopénie, hypoplaquettose.

Les syndromes neuro-anémiques sont exceptionnels.

L'hyperchlorhydrie est fréquente.

Enfin, les doigts sont souvent hippocratiques.

L'évolution se fait par poussées qui se rapprochent. Les rémissions deviennent moins nettes. Le malade peut mourir de cachexie, tuberculose, infection intercurrente.

Formes Cliniques : Formes graves, légères, sans diarrhées (stéatorrhée occulte).

#### LA SPRUE NON - TROPICALE

Existe sous forme de cas sporadiques.

Contrairement à la sprue tropicale, l'absorption de graisses reste troublée dans les périodes asymptomatiques.

Pour FRAZER, c'est une affection congénitale, à évolution très lente, souvent familiale.

#### Clinique :

La diarrhée est souvent moins importante. Ses caractères moins tranchés. Quelques selles liquides ou molles. Aphtes et glossites sont plus rares et discrets. Par contre, l'anémie est souvent très marquée, l'ostéoporose, la tétanie sont très fréquentes (CATTAN, LOMBROSE) mais les signes biologiques sont les mêmes. Elle est plus fréquente qu'on ne pense.



## LA MALADIE CŒLIAQUE

- avec diarrhée graisseuse, ballonnements, hypocalcémie, évolution par poussées et rémissions,

ressemble à la sprue.

- Cependant, l'anémie y est hypochrome microcytaire.

- C'est une maladie de l'enfance se prolongeant dans l'adolescence.

- La maladie semble cesser vers 12 ans, mais le bilan des graisses reste à 85 %. On a pu se demander si la maladie coeliaque ne se continuait pas par une sprue nostras chez l'adulte.

### RADIOLOGIE DANS LA SPRUE :

Il existe des altérations portant sur les premiers segments du grêle :

- 1.- Disparition du relief normal du grêle : signe du moulage;
- 2.- Troubles locaux du tonus du grêle : colonne barytée segmentée
- 3.- Epaissements des plis  
qui sont élargis, irréguliers.
- 4.- Flocculation de la baryte
- 5.- Dilatation du colon,  
- Fréquemment : ostéoporose.

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

- Souvent pas de lésions spécifiques en dehors de la disparition du revêtement épithélial du grêle (FRASER).

- Dans certains cas, il y a atrophie de la paroi intestinale.

### PATHOGENIE

- Aucune n'est certaine

1.- Insuffisance surrénale

2.- Carences de :

a) Vit. B<sub>2</sub>

b) Vit. PP



c) Choline et Glycero-Phosphates

d) Acides folliques,

e) Vit. B<sub>12</sub>

f) Carence Générale en protides (reproduction de la sprue chez le singe par un régime déficient en vitamines et en protides).

On sait que la diarrhée était habituelle dans les camps de concentration.

3.- Pour FRAZER, la steatorrhée est due à une entrave de l'absorption des triglycérides (normalement ils vont dans les lymphatiques). Dans la sprue, les graisses absorbées uniquement sous forme d'acides gras et de glycérol passent dans la veine porte jusqu'au foie. Il n'y a pas d'hyperlipidémie alimentaire.

#### L A        S P R U E        S E C O N D A I R E

Elle peut être secondaire :

- 1.- A un lymphosarcome du grêle
- 2.- A des fistules gastrocoliques
- 3.- A des resections étendues du grêle
- 4.- A une tuberculose des ganglions mésentériques
- 5.- A une lymphogranulomatose
- 6.- A une dégénérescence amyloïde du grêle qui peut être secondaire à des maladies diverses.

Dans les deux cas (primaire ou secondaire), les troubles des graisses, les signes cliniques, biologiques, sont les mêmes.

En dehors des antécédents, la sprue secondaire est soupçonnée :

- 1.- Sur la durée des troubles précédant l'hospitalisation;  
(très courte en cas de sprue secondaire)
- 2.- Sur la rareté des modifications de la bouche et de la langue dans la sprue secondaire, au contraire de la sprue primaire, où elles sont fréquentes;
- 3.- Sur l'anémie légère, le plus souvent hypochrome et microcytaire, au lieu de l'anémie macrocytaire habituelle.
- 4.- Sur l'évolution différente et l'inefficacité de la thérapeutique (évolution irrémédiable et rapide, due à la maladie causale).

#### DIAGNOSTIC

Enfin, le diagnostic se pose surtout avec la Lipodistrophie intestinale de WIPPLE. Affection toujours fatale. Dans cette affection, la steatorrhée est souvent accompagnée ou précédée de troubles articulaires qui restent longtemps au premier plan.



PETERSON et KAMPMEIER citent cinq cas personnels de lipodistrophie intestinale et relèvent 26 cas dont les études biologiques et anatomiques ont été suffisamment poussées.

La seule manière formelle de faire le diagnostic de lipodistrophie est l'examen anatomopathologique post mortem ou bioptique (intestins et surtout ganglions mésentériques).

On note essentiellement une disparition de l'architecture normale du ganglion avec envahissement de plasmocytes, d'eosinophiles, de fibroplaste et de cellules géantes, avec inclusions graisseuses intra et extra-cellulaire (retrouvées aussi dans l'intestin).

Enfin, fréquemment, il existe une polysérite, (plèvre, péricarde, péritoine, épanchements synoviaux).

Parmi les Conclusions de PETERSON et KAMPMEIER, tirées des cinq cas personnels et des 26 cas étudiés de maladie de WHIPPLE, il faut remarquer ce qui suit :

Le début est le plus souvent insidieux, sans rapport avec le tractus gastro-intestinal. Il ne suit aucun mode régulier. Fréquemment, des fluxions articulaires, des arthralgies marquent le début de la maladie, ceci souvent plusieurs années avant l'apparition des nouveaux signes généraux. Quelquefois, ils débutent en même temps que les autres manifestations.

Les phénomènes articulaires consistent surtout en un gonflement un empâtement douloureux. Dans quelques cas, ils sont suivis de raideur.

Des épisodes de frissons avec fièvre furent rapportés par plusieurs malades durant les crises articulaires.

En somme, ainsi que dans la sprue, on retrouve bien souvent, précédant précédant les signes digestifs et généraux, un long passé d'épisodes articulaires.

#### RESUME DU SECOND CHAPITRE

-----

La sprue primaire est une maladie tropicale très répandue. Elle existe dans nos climats sous forme de cas sporadiques (sprue nostras).

Aucune différence essentielle clinique ou biologique ne sépare les deux formes.

Les signes essentiels de la Sprue sont de deux sortes :

- d'une part, des signes proprement intestinaux, diarrhée très abondante de selles parfois liquides, parfois formées, contenant un fort pourcentage de graisses;



- d'autre part, des signes de carences d'absorption et d'avitaminose (Triglicerides, Vitamines A, D, K et B probablement B 12, du calcium, du phosphore, etc ...

Ces signes sont les suivants :

- troubles cutanés, muqueux, cheilite, aphtes buccaux, glossite, anémie hyperchrome macrocytaire, tétanie, osteoporose, manifestations hémorragiques, dénutrition, cachexie, oedemes de carence.

- La sprue secondaire est la conséquence d'une affection organique grave.

Elle se caractérise par son anémie hypochrome microcytaire, par son évolution rapide et sa terminaison irrémédiable.

---



CHAPITRE 3

CAS  
ET OBSERVATIONS  
ANALOGUES



## CHAPITRE 3

---

# CAS ET OBSERVATIONS ANALOGUES

---

ADLESBERG et SCHEM, étudiant 40 cas de Sprue, dont 36 sprues primaires, insistent sur les formes légères, les formes de début de la maladie.

A côté de cas typiques de sprue primaire ne souffrant aucune difficulté de diagnostic, il y a un groupe de formes frustes ou incomplètes qui restent un problème clinique.

Il y a des cas de sprue primaire sans diarrhée dans laquelle, seule, le haut pourcentage de graisses dans des selles normalement formées peut établir le diagnostic. La sprue, au cours de rémission partielle, peut d'ailleurs ressembler à une forme fruste de la maladie par l'absence de diarrhée ou la présence d'une anémie type ferriprive au lieu de l'habituelle anémie macrocytaire hyperchrome.

Quelques années auparavant, ADLERSBERG avait publié des observations d'hypermotilité de l'intestin grêle, coexistant avec la présence de grandes quantités d'acides gras et de savons dans les selles en l'absence d'aucun signe hématologique typique. Les patients consultèrent pour de vagues syndromes abdominaux; ADLESBERG a l'impression que ces cas représentaient aussi une forme légère et initiale, de sprue.

Impressions confirmées par l'épreuve d'hyperglycémie provoquée et le test à la Vitamine A.

Ces cas se rapprochent par beaucoup d'égards de notre observation.

Une observation de notre Maître H.MAMOU, avec J.C.SAVOIE et E.V.DAMBLON (AMYLOSE des ENDOCRINES : A propos d'un cas de sprue nostras, compliquée d'amylose), faite à l'Hôpital de la Pitié (Service du Professeur GILBERT DREYFUS) se rapproche de l'observation de notre malade.

Il s'agit d'un malade hospitalisé pour une amylose avec sprue, mais dont les troubles intestinaux ont été précédés d'une période de troubles articulaires :



## OBSERVATION

B ... 22 ans, scieur dans une fonderie, vient consulter le 9 Mai 1950, à la consultation d'endocrinologie de la Pitié pour un "syndrome d'infantilisme avec altération de l'état général et albuminurie."

On relève successivement l'aspect infantile du sujet (poils, organes génitaux externes, absence de barbe); par ailleurs, les cheveux rares et fins, la peau sèche flétrie, donnant au visage un air vieillot.

Il existe des ulcérations périnariaires et des rhagades des commissures des lèvres, avec cheilite.

Il existe une maigreur importante, contrastant avec le météorisme abdominal, les oedèmes des membres inférieurs. Les doigts sont hippocratiques.

La poursuite de l'examen montre :

1 - Des éléments cutanés maculeux, disséminés sur tout le corps, à type d'érythème circiné, en cocardes, à centre pâle et à périphérie plus rouge. Ces éléments évoluent par poussées, depuis plusieurs années.

2 - Des signes de stomatite douloureuse, avec de nombreux aphtes. La langue est sèche, dépapillée, rouge foncé. La stomatite se dédouble de cheilite marquée et de rhagades péri-labiales.

3 - Des signes digestifs très prononcés : particulièrement des poussées de diarrhée fréquente, avec selles abondantes, grasses et blanchâtres.

4 - L'examen montre encore un très gros foie, lisse, ferme, légèrement sensible à la pression.

La rate est largement perceptible et on sent son bord inférieur dans les inspirations profondes.

5 - Il existe des adénopathies inguinales et, aux aisselles, quelques ganglions plus petits.

6 - Une albuminurie à 0.50 par 24 heures.

Les autres appareils paraissent normaux :

- coeur normal
- système nerveux normal,
- articulations souples, sans raideur, ni ankylose.

En résumé, chez ce malade infantile et cachectique, il existe des troubles digestifs à type de diarrhée grasseuse, un gros foie, une grosse rate, et une albuminurie légère. Notons, de plus, la peau sèche, flétrie, les cheveux rares, l'infantilisme qui apportent une touche endocrinienne.

## Histoire de la maladie

C'est depuis deux ans que le malade a été obligé d'interrompre son travail. Il s'était plaint de douleurs des chevilles et des genoux, d'asthénie, d'anorexie et d'amaigrissement. Les troubles digestifs, qu'il



avait toujours eus depuis son enfance s'étaient accentués et la diarrhée était devenue plus importante et plus tenace.

En réalité, si le début des troubles actuels paraît remonter à deux ans, on retrouve dans l'histoire du malade une enfance particulièrement troublée.

En dehors des incidents infectieux banaux de cet âge, les parents insistent sur :

- les diarrhées, auxquelles le malade est sujet depuis l'âge de 5 ou 6 ans;

- les éruptions cutanées, qui évoluent chez notre malade depuis son plus jeune âge; elles paraissent influencées par l'alimentation;

- les accidents articulaires : douleurs rhumatoïdes des genoux, des chevilles, parfois subfébriles, survenant surtout les hivers, et se répétant pendant toute l'enfance jusqu'à l'âge de 12 ou 13 ans;

- de nombreuses privations alimentaires en pleine puberté, du fait de la guerre.

Par ailleurs, antécédents héréditaires et collatéraux normaux.

#### Examens complémentaires :

##### 1.- Radiographiques :

- Poumons normaux
- Cœur globuleux.
- Cs : Calcification paraît normale.

Les doigts présentent à leur troisième phalange un aspect en houppe crénelée.

Les cartilages des poignets ne sont pas soudés.

Les os du crâne sont normaux. La selle turcique, dont les clinoides paraissent normales, semble plus profonde que normalement.

La radiographie intestinale montre une morphologie colique normale.

##### 2.- Biologiques :

1.- L'albuminurie est constante pendant les 8 mois de séjour du malade dans le service. Elle varie entre 0.50 et 13 grammes.

Le culot de centrifugation montre par période quelques cylindres granuleux

A aucun moment, il n'a été décelé de corpuscules bibréfringents dans les urines.

2.- Les Numérations montrent une anémie hypochrome variant entre 3 millions et 3 millions et demi et une leucocytose de 10 à 14.000 globules blancs. Le pourcentage est normal avec une eosinophilie de 1 à 4 %.



Les examens chimiques ont donné les résultats suivants :

Le 2 JUIN 1950 : Cholesterol total 1,40; esterifié : 0,65 Rapport : 0,46

Thymol et Test de Hanger : normaux

Lipides totaux : 6 g.70

Indice d'iode : 62

Protides totaux : 74 g.50

Sérines : 25 g.80

Globulines : 49 g.70

Rapport :  $\frac{S}{G} = 0.5$

Chlore globulaire : 2.35

Chlore plasmatique : 3.75

Rapport :  $\frac{Cl. Gl}{Cl. Pl} = 0.63$

Calcémie : 0.080 Phosphorémie : 0.035

Taux Prothrombine : 85 %

Urée sanguine : 0.40

Glycémie : 1 g.

Hyperglycémie provoquée : 0.86; 1.32; 1.14; 1.03; 1.30; 1.  
Flèche : 0.46

- Epreuve du Rouge Congo :

le 17 MAI 1950 : 21 % subsistent dans le serum au bout d'une heure

le 26 Octobre 1950 : Traces indosables au bout d'une heure.

- Examens hormonaux :

M.B. = - 20

Dosage des 17 cétostéroïdes : 3 mg par 24 h. (en androstérone)

Dosage des 11 oxystéroïdes : 1 mg 34.

- Examen coprologique :

Bactériologiques : Pas de B.K.

Parasitologiques : trichocéphales.

Très forte présence de graisses (acides gras et graisses neutres), présence d'amidon, de cellulose, de fibres musculaires intactes).

Pourcentage des graisses par rapport au résidu sec : 70 %

Appréciation quantitative des graisses :

Graisses neutres (Soudan III) : très augmentées

Acides gras (ex.en lumière polarisée) : très augmentées



### Autres Examens :

- Electrocardiogramme : microvoltage sur toutes les dérivations.
- Electrophorèse (Dr J.P. SOULIER) :
  - Diminution de l'albumine
  - Augmentation de toutes les globulines, particulièrement la globuline gamma.
- Vitesse de sédimentation très accélérée.

### E V O L U T I O N :

Le traitement paraît amener une amélioration de quelques mois,

- de la diarrhée, de la stomatite,
- de l'albuminurie,
- et de l'état général

Mais celui-ci reste précaire, et des rechutes de diarrhée réapparaissent malgré le traitement.

A la faveur de ces troubles intestinaux, l'état général s'altère, l'albuminurie augmente.

En Décembre et en Janvier 1951, la cachexie est extrême. La diarrhée est permanente, ainsi que les douleurs articulaires. L'urée sanguine est aux environs de 2 g. et le malade meurt le 21 Janvier 1951, dans une profonde cachexie urémique.

A l'autopsie : amylose typique du foie, de la rate et des deux reins; pas de lésions pulmonaires quelconques. Aucune trace de suppuration cutanée ou viscérale.

L'examen histologique confirme l'amylose généralisée.

Intestin : On remarque :

Un dépôt de substance amyloïde sous l'endothélium des artérioles du chorion.

Ganglion mésentérique : L'architecture est normale. On note une considérable infiltration des artérioles par l'amyloïde.

Foie : Importants dépôts de substance amyloïde.

Reins : Les lésions des glomérules sont typiques.

Glandes endocrines :

- Thyroïde : aspect normal
- Surrénales : L'infiltration amyloïde y est telle que l'ensemble des surrénales paraît homogène et anhisto. Ce n'est qu'à la périphérie qu'existent encore quelques cellules de la glomérulae, plus rarement de la fasciculée.



Hypophyse : La coupe d'hypophyse est remarquable par l'absence apparente d'altération des cellules glandulaires et la coexistence avec une importante infiltration amyloïde.

EN RESUME :

Le malade dont nous venons de relater l'histoire présente une double série de symptômes :

1.- D'une part, un syndrome d'amylose hépato-spléno-rénale classique, dont le diagnostic est fait du vivant du malade, grâce à la ponction hépatique et à l'épreuve du rouge Congo.

Il est confirmé par l'examen anatomique qui montre une infiltration généralisée amyloïde du foie, des reins, des intestins, de la cortico-surrénale, de l'hypophyse, des ganglions mésentériques.

Ajoutons qu'on ne trouve, ni du vivant du malade, ni à l'autopsie, une cause classique à cette amylose de type secondaire. Il n'y a notamment ni tuberculose pulmonaire, ni tuberculose d'un organe quelconque, ni suppuration chronique.

2.- Des signes de stéatorrhée manifeste, tant par l'examen objectif des selles qui les montre abondantes, blanchâtres, graisseuses et diarrhéiques, que par l'examen chimique des graisses, qui montre un pourcentage de 70 % de matières grasses par rapport au poids sec des matières fécales. Bien plus, l'examen qualitatif montre une grande abondance d'acides gras, mais aussi de graisses neutres en quantité plus faible.

Cette stéatorrhée fait, en réalité, partie d'un syndrome dont les troubles sont tout à fait dans la note de la sprue.

DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

Le premier problème qui se pose est celui des relations entre les deux syndromes.

1.- L'amylose primitive avec stéatorrhée

Les auteurs ont d'abord pensé que l'amylose de ce malade, dont on ne trouvait aucune étiologie habituelle, était une 'amylose primitive, avec une stéatorrhée secondaire.' (THESE de DAMBLON)

Dans les antécédents du malade, on retrouve, en effet, une longue histoire rhumatismale de l'enfance, bien qu'aucune séquelle articulaire ne persistât à l'heure actuelle. On pouvait se demander si les arthralgies multiples dont il avait souffert n'avaient pas précédé une amylose primitive, comme ces polyarthrites amylogènes de JUSTIN BESANCON et RUBENS DUVAL.

Les observations de ZEMP, PERLA et GROSS, ADLESBERG et SCHEIN, FINDLEY et ADAMS paraissent donc corroborer le diagnostic d'amylose primaire avec troubles intestinaux à type de stéatorrhée.

2.- La sprue nostras avec amylose secondaire

Malgré tous les efforts thérapeutiques, l'évolution a été fatale. L'examen nécropsique devait montrer que le siège de l'amylose était celui de "l'amylose secondaire classique".



On distingue en effet, depuis LUBARSCH, l'amylose habituelle secondaire à une affection cachectisante et l'amylose primitive systématisée; où aucune affection étiologique n'est retrouvée.

En dehors des propriétés tinctoriales souvent atypiques de l'amylose primitive, la différence majeure provient des localisations atypiques de l'amylose primaire.

Si la forme secondaire atteint électivement le foie, la rate, les reins, l'intestin et les surrénales, par contre, la forme primitive épargne généralement ces organes et touche le plus souvent le coeur, les poumons, les muscles, la peau, les muqueuses et les séreuses. Sans être un signe pathognomonique, la macroglossie est un bon signe d'amylose primitive.

Or, dans l'observation actuelle, les organes atteints sont les plus habituels à l'amylose classique secondaire, et aucune localisation de l'amylose primaire n'est à relever.

Bien que l'on ait signalé un petit nombre de cas d'amyloses primitives ayant une distribution d'amylose secondaire (WOLLAEGGER), le fait n'est pas habituel, le siège des localisations de notre amylose incitait les auteurs à rechercher une affection cachectisante primitive, malgré l'absence des étiologies habituelles.

Or, chez ce malade, les troubles intestinaux existent depuis plusieurs années, paraissant remonter même à l'enfance. Depuis plus de 3 ans, les selles présentent les caractères quantitatifs et qualitatifs de celles de la sprue. Ces signes intestinaux s'accompagnent de troubles des muqueuses, de troubles cutanés, d'hippocratisme digital, de troubles hématologiques, de troubles du métabolisme minéral.

Si on en croit ADLESBERG et SCHEIN, les différences symptomatiques entre sprue primaire et secondaire sont minimes : mêmes troubles intestinaux, même hippocratisme digital. Par contre, les troubles muqueux sont rares ou absents dans la sprue secondaire. Les troubles du métabolisme minéral, calcium, phosphore, sont identiques. Même trouble du métabolisme hydro-carboné.

Ce qui différencie le plus les deux variétés de sprue, c'est la longueur de l'évolution de la maladie avant l'hospitalisation : 80 mois en moyenne dans la forme primaire, 4 mois environ pour la forme secondaire.

Enfin, alors que la forme primitive répond remarquablement à la thérapeutique, la forme secondaire paraît très résistante.

Dans l'actuelle observation, l'importance de la stéatorrhée, l'influence remarquable - mais passagère - des vitamines, de l'acide folique, étaient bien dans la note de la sprue primaire, surtout si l'on tient compte de la longue évolution qui a précédé l'admission du malade dans le service. Ce qui fait se demander si cette sprue, observée à l'âge de 20 ans, n'était pas l'exacerbation de troubles intestinaux d'une maladie coeliaque de l'enfance méconnue. Il n'y avait malheureusement pas eu de documents biologiques précis pour appuyer une telle assertion, qu'ont soutenue bien des auteurs étudiant la sprue nostras, et nous avons dû nous contenter simplement de quelques renseignements donnés par la famille.

+

+ +



Les auteurs américains BASSETT, ADAMS, GOLDMAN et FISCHER ont publié un cas absolument analogue :

Un homme de 39 ans est atteint depuis quelques années de douleurs articulaires et rachidiennes étiquetées rhumatismales.

Quelques années plus tard, on découvre chez lui une cyphoscoliose importante de la colonne dorsale avec ostéoporose des corps vertébraux, des selles diarrhéiques, blanchâtres et brillantes, avec stéatorrhée, une hypocalcémie avec phosphémie normale. (Des bilans du calcium, du phosphore minéral furent pratiqués).

Malgré le traitement par la Vitamine D et l'A.C.T.H., l'évolution est fatale.

L'autopsie révèle une amylose du type secondaire, mais aussi une amylose surrénale, parathyroïdienne, hypophysaire, avec une hyperplasie des cellules B de l'hypophyse.

En conclusion, les auteurs insistent à juste titre sur la difficulté de faire le diagnostic de sprue, quand les selles ne présentent pas les caractères macroscopiques des selles de la sprue. L'examen chimique, dans ces formes frustes ou latentes, peut seul mettre en évidence, la stéatorrhée latente.

" Les douleurs étiquetées trop aisément "rhumatismales" pendant  
 " des années comme chez notre malade pourraient traduire une décalcification  
 " osseuse, causée par une absorption déficiente du calcium dans la villosité  
 " intestinale

" Ces signes articulaires et osseux, parfois très précoces, puis-  
 " qu'ils précèdent de plusieurs années l'installation de troubles intestinaux  
 " patents, confèrent à notre observation et à celle de BASSETT une physionomie très  
 " spéciale et méritent d'individualiser la forme pseudo-rhumatismale de la sprue."

Enfin, l'examen histologique d'un ganglion mésentérique, en décelant une amylose considérable des vaisseaux et une "absence d'acides gras intra et extra-cellulaires" permet d'éliminer le diagnostic de lipodystrophie intestinale de WHIPPLE, dont la symptomatologie fréquemment articulaire et stéatorrhéique, simule cliniquement à s'y méprendre l'observation de notre malade (PETERSON et KAMPMEIER).

#### RESUME DU TROISIEME CHAPITRE

- D'une part, ADLESBERG et SCHEM, étudiant 40 cas de sprue, dont 36 sprues primaires, insistent sur l'existence de formes frustes, formes de début de stéatorrhée idiopathique, sans diarrhée abondante et caractéristique, sans anémie marquée.

- Notre malade, qui ne présentait, le plus souvent, qu'une à deux selles par jour, et n'avait pas l'anémie de type habituel, semble entrer dans ce cadre.



- Notre Maître, H. MAMOU, avec SAVOIE et DAMBLON, relate un cas de sprue primaire avec amylose secondaire dont les manifestations stéatorrhéiques furent précédées par une longue période de troubles articulaires pseudo-rhumatismaux.

- Cette observation a part l'amylose qui s'est révélée comme une manifestation terminale (quoique non classique dans la sprue) se rapproche beaucoup de notre cas où, pendant des années, des manifestations douloureuses para-rhumatismales ont précédé puis accompagné la steatorrhée.

- MAMOU et ses collaborateurs citent un cas de BASSET, absolument superposable à celui de leur observation.

---



CHAPITRE 4

MANIFESTATIONS  
D'ALLURE  
RHUMATISMALE  
ET AFFECTIONS  
INTESTINALES



## CHAPITRE 4

# MANIFESTATIONS D'ALLURE RHUMATISMALE ET AFFECTIONS INTESTINALES

Nous ne pouvons insister sur l'intérêt des formes pseudo-rhumatismales de la sprue sans parler des rapports entre les manifestations articulaires d'allure rhumatismale et les autres affections intestinales.

THIERS, dans un article intitulé : "Rhumatismes d'origine intestinale", fait un bilan de ces rapports.

Il faut d'abord délimiter le sujet, puis procéder à un classement de valeur, enfin, étudier cliniquement le syndrome de FIESSINGER-LEROY, de REITER, le "Rhumatisme intestinal en général".

### DELIMITATION DU SUJET

#### 1°/ Osteoporose : Nanisme avec infantilisme.

Leurs causes :

- A.- Carence par non assimilation (Vit. A, D, E, K, C, PP, Ca) dans la sprue, la maladie coeliaque, les cholecystites et les fistules biliaires, les pancréatites et fistules pancréatiques.
- B.- Carence par soustraction : huile de paraffine des constipés
- C.- Carence d'apport : diète des colopathes et des névropathes.

#### 2°/ Les manifestations, intestinales et articulaires comprenant :

- 1.- Les diarrhées ou signes perforatifs au cours du Purpura rhumatoïde et du Rhumatisme articulaire aigu
- 2 - L'entérite muco-membraneuse ou bien la diarrhée au cours de la goutte
- 3 - Les affections microbiennes et virales :



a) les shigelloses :

- shigella dysenteriae (Shiga et Kruse)
- " flexneriae (Flexner - Hiss)
- " Sonné
- " ambigua

Seul, dysenteriae est septicémique et toxigène mais tous sont rhumatogènes et nocifs pour l'intestin.

b) Les salmonelloses qui donnent des périostites, osteites, osteoarthrites (sans rapport avec les rhumatismes)

c) Le Friedlander : idem

d) Escherichia coli : donne des septicémies articulaires

e) Streptocoques, staphylocoques donnent d'une part des septicémies, - d'autre part (selon la théorie américaine, des rhumatismes allergiques dus à des infections focales, rhinites, amygdalites

f) Entamoeba dysenteriae

Lamblyas

L'un des meilleurs arguments en faveur de cette étiologie est que certains états rhumatismaux sont guéris par l'émétine.

g) Les spirochétoses : On connaît les arthralgies, douleurs osseuses, myalgies au cours de ces affections.

h) Les virus : les Métrites à virus et à organismes L : donnent souvent un syndrome de REITER.

i) Il existe des rhumatismes avec manifestations cutanées au cours de la Colite ulcéreuse.

j) Rhumatismes au cours des dolichocolon, ptoses coliques, appendicites chroniques ou aiguës (On note deux cas de Thiers : Polyarthrite chronique évolutive consécutive à un Rhumatisme aigu fébrile apparu dans les suites immédiates d'une appendicite aiguë opérée d'urgence.)

k) Les rapports entre rhumatismes et affections du foie, de la vésicule du pancréas, sont plus ou moins lointains.

CLASSEMENT DE VALEUR :

1 - Rhumatismes dont l'origine intestinale est certaine :

- a) Les Rhumatismes dysentériques ou antéritiques, à shigella;
- b) Les Rhumatismes d'origine intestinale, d'allure infectieuse, évoluant parallèlement à un désordre intestinal :



exemples : le Rhumatisme de la Colite Ulcéreuse, la Polyarthrite Chronique évolutive, dans les suites immédiates d'une appendicite aiguë (THIERS).

2 - Les Rhumatismes à colibacilles sont très discutables de toutes façons, les cas valables se trouvent seulement au cours des salpingites, métrites, infections puerpérales avec phlébites. Ici, seul, le germe est d'origine intestinale

3 - D'autres cas sont très discutables :

- appendicite chronique : c'est un diagnostic de complaisance, à ne pas poser, sauf s'il y a eu poussées subaigues ou aiguës
- les malformations intestinales sont plus anatomiques que pathogènes.

## SYNDROMES DE FIESSINGER LEROY ET DE REITER

### *Rhumatisme intestinal en général*

---

#### PATHOGENIE :

Deux hypothèses sont possibles :

- 1 - Origine métastatique, mais on n'a pas de biopsie de la synoviale (la synovie étant stérile).
- 2 - L'origine allergique : elle reste difficile à prouver, un cas de THIERS soutient cette thèse : dans un Syndrome de REITER, non dysentérique, le pus urétral, chauffé, formolé, s'est montré un allergène, entraînant des réactions focales articulaires.

#### CLINIQUE :

La maladie évolue en trois périodes :

- 1 - Une période initiale de troubles intestinaux peu marquée, durant en général 3 à 4 jours. Il peut s'agir :
  - a) d'un épisode dysentérique;
  - b) d'une diarrhée vraie avec coliques, sang, mucus, pus;
  - c) de quelques selles liquides, durant 1 jour ou deux
  - d) d'une constipation épisodique prolongée
- A côté de ces cas où il y a l'épisode intestinal isolé chez un malade bien portant, on peut trouver des cas évoluant depuis plusieurs années



poussées diarrhéiques, subaigues, avec fébricule colon droit douloureux, au cours desquels un jour, sans cause précise, les phénomènes articulaires apparaissent. Parfois, au contraire, ces poussées se traduisent par de la constipation, des douleurs abdominales, un état colitique, une typhilité droite.

L'état général est assez bon. Ce ne sont pas les colites ~~les~~ syndromes dysentériques, à grand fracas, qui sont rhumatogènes. On trouve, en général, une certaine fatigue, de la dépression, un amaigrissement.

- 2 - La Période de latence est une rémission plus qu'une guérison :  
subfébrilité, troubles digestifs atténués.

Sa durée : 1 à 2 jours dans les cas où le malade souffre d'états articulaires et intestinaux récidivants : Il y a un cycle : quelques jours de désordre intestinal, puis des arthralgies, le lendemain ou le surlendemain.

Pourtant, le plus souvent, la durée de la période de latence est de une à trois semaines .

- 3 - La troisième période est faite de manifestations inconstantes, inconstamment associées :

- manifestations articulaires,  
urethrales,  
oculaires,  
cutanées.

L'état général est peu atteint . Les poussées articulaires sont toujours fébriles. Il n'y a pas d'anémie de leucocytose, de spléno ou d'hépatomégalie.

Quelques exceptions :

S'il y a Kératoder Mïo, iritis, keratite, l'état général est pseudo-septicémique (hémoculture négative).

L'atteinte articulaire est variée

- a - Arthralgies plus ou moins erratiques, très fréquentes;
- b - Polyarthrite généralisée ankylosante déformante, type Maladie de CHARCOT ou spondylarthrite ankylosante.
- c - Le plus souvent, il s'agit de polyarthrites fluxionnaires évoluant par poussées successives et, en principe, évolutives (diagnostiquées avec les Rhumatismes post-infectieux).

L'ordre des fréquences est le suivant :

genoux (hydarthrose bilatérale)

puis tibio-tarsienne (association fréquente genoux - tibio-tarsienne) poignet, coude.

Les petites articulations sont les moins souvent touchées



(sauf le gros orteil ou une atteinte hydarthrasique est fréquente, posant le diagnostic avec la goutte)

- au genou, il s'agit d'hydarthrose;
- ailleurs, il y a prédominance de :
  - fluxion périarticulaire, habituellement sans rougeur locale, parfois pseudo-phlegmoneuse, comme dans la gonococcie
- Les douleurs sont d'intensité variable,

#### E V O L U T I O N :

Elle est marquée par une tendance à la généralisation extensive par poussées successives sans que les premières articulations frappées s'améliorent.

Rarement, les déterminations sont fixes (genoux, tibio-tarsienne)

Examens complémentaires : Radio négative, ou légère décalcification

V.S. augmentée

Fibrinémie : augmentée

Habituellement, la prise des nouvelles articulations se fait sans raideur ni déformation et sans séquelles, mais il faut signaler des évolutions plus sévères :

- subaigues prolongées avec lésions radiologiques possibles
- ou récidivantes pendant des années.

#### L'U R E T H R I T E

se traduit par une goutte muco-purulente matinale

Examen cyto-bactériologique et recherches de laboratoire :

On trouve parfois un banal colibacille,

mais il s'agit souvent d'urethrite à inclusions, due à un ou à des virus;

ou d'urethrite à organismes L, dont le rôle a été bien mis en évidence par COSTE, FOURREL, SIBOULET, non seulement au cours du syndrome de REITER, mais aussi dans la spondylarthrite ankylosante.

#### LES MANIFESTATIONS OCULAIRES :

Elles ne sont pas spéciales, elles se retrouvent dans la goutte, la P.C.E.

C'est une inflammation conjonctivale évoluant en quelques jours dans laquelle les germes cités plus haut ont pu être mis en évidence.

Rarement, il s'agit d'une keratite, d'un iritis, d'une keralodermie, qui s'accompagne d'une atteinte sévère de l'état général et peuvent récidiver.



## PEAU ET MUQUEUSES

Dans le Syndrome de REITER, on trouve parfois une dermite pluri-orificielle des muqueuses et d'autres fois des lésions ulcero-croûteuses (clou keratosique), simulant la gonococcie, aux parties distales des membres inférieurs et supérieurs; à la face d'extension des bras et au visage : oreilles, nez, joues.

Le diagnostic positif n'est pas toujours facile, lorsqu'un signe domine et que les autres sont effacés.

Le diagnostic différentiel se pose avec le Rhumatisme gonococcique. Il est facile lorsque le gonocoque est retrouvé, mais, même s'il existe des antécédents gonococciques, il faut s'étonner d'un urethre toujours stérile, même après culture réactivation, alors que le Rhumatisme récidive et n'ankylose pas.

Cependant, par l'interrogatoire, on arrive le plus souvent au diagnostic de l'origine intestinale.

Quelle en est l'étiologie ?

- L'infection dysentérique est à l'origine du Syndrome de FIESSINGER-LEROY, classique, mais aussi de formes dissociées;

parfois de spondylarthrite ankylosante (résultats confirmés dans une certaine mesure par l'heureuse influence du traitement et le sero-diagnostic positif).

Mais, à côté de la dysenterie vraie, il est des cas sporadiques, simples diarrhée, sans la note rectale dysentérique; les shigella peuvent ne donner que de la constipation, ou bien, il peut persister, après l'épisode aigu initial, de longues années de troubles colitiques. Devant les incertitudes du diagnostic biologique et parce qu'une association est toujours possible, par prudence, on n'omettra pas d'associer le stovarsol aux antibacillaires.

Les tableaux cliniques réalisés ont été vus plus haut.

Il faut noter que le germe épidémique entre pour beaucoup dans la sévérité des atteintes.

Dans la majorité des cas chroniques, et dans la statistique de COSTE, SIBOULET et BOURREL, il s'agit d'un syndrome de REITER, dû au virus de l'urethrite à inclusions, voire au virus de la pneumonie atypique (un cas de THIERS), ou aux organismes L.

Les tableaux réalisés par les germes sont les mêmes que ceux décrits plus haut.

Enfin, il existe une troisième modalité :

La Polyarthrite de la Recto-Colite Ulcéreuse.



Elle se constitue le plus souvent dans les formes atténuées de Recto-Colite Ulcéreuse loin de la première atteinte.

Il y a ordinairement parallélisme :

entre les poussées intestinales et articulaires.

- Il s'agit d'une fluxion oedémateuse des parties molles avec possibilité d'hydarthrose, frappant de préférence les grosses articulations,

- Certaines formes ont une évolution résolutive, les autres ont une évolution déformante, désaxante, aboutissant à la longue à un tableau de polyarthrite, type CHARCOT.

Quant au "Rhumatisme Colibacillaire", il serait d'origine pelvienne.

L'étiologie intestinale de la polyarthrite chronique évolutive est un problème pathogénique plus que clinique.

THIERS cite deux cas de polyarthrite post-appendiculaire. En fait, il est hasardeux de considérer toute polyarthrite évolutive chez une femme constipée ou salpingitique comme d'origine intestinale ou bien colibacillaire.

#### P R O N O S T I C :

Le pronostic est bon en général, mais on a vu qu'il faut le réserver pour certaines formes subaiguës ou récidivantes, certaines formes sévères avec atteinte oculaire grave.

Pour la colite ulcéreuse, s'y ajoute le pronostic propre de l'affection.

#### T R A I T E M E N T :

L'intérêt thérapeutique de ces manifestations articulaires d'origine intestinale est grand car, en dehors de la Recto-Colite Ulcéreuse, la thérapeutique est souvent active, aussi bien contre les shigellas (streptomycine, sulfamides, à associer au stovarsol ou aux quinoléines iodées) qu'à l'égard des urethrites à virus (aureo, streptomycine et terramycine), aussi bien au cours du Syndrome oculo-urethro-synovial complet ou non qu'au cours de certaines spondylarthrites ankylosantes.

#### RESUME DU QUATRIEME CHAPITRE

THIERS, étudiant les manifestations articulaires en rapport avec des affections intestinales, trouve surtout valable :

- le Syndrome oculo-urethro-synovial (FIESSINGER-LEROY)  
Il peut être observé au cours des Schigelloses.



On l'observe aussi :

- au cours des urethrites à virus ou à organismes L.  
Il prend alors le nom de Syndrome de REITER.
- Chacun des éléments du Syndrome est inconstant et inconstamment associé aux autres.

- L'élément intestinal

- est rarement une dysenterie vraie, plus souvent des épisodes récidivants de diarrhée aigus, de colite, de périodes de constipation chez un ancien dysentérique.

- L'élément articulaire

- est le plus souvent une polyarthrite extensive, guérissant sans raideur, ni séquelles,
- Il s'agit d'une urethrite, cliniquement banale, mais intéressante au point de vue bactériologique.

- L'élément oculaire

- est le plus souvent une conjonctivite, rarement un Iritis, une Keratite .

La Dysenterie, les Urethrites à virus ont été incriminées à l'origine d'un certain nombre de spondylarthrites ankylosantes.

Enfin, au cours de la Recto-Colite Ulcéreuse, tous les éléments du Syndrome Urethro-conjonctivo-synovial ont pu être observés.

---



## CONCLUSIONS

1.-

Nous avons rapporté dans notre thèse un des cas inédit de forme pseudo-rhumatismale de Sprue non tropicale.

2.-

Cette forme clinique était particulière par l'aspect atypique des selles, diarrhée simple sans abondance spéciale des matières.

Le diagnostic est fait par l'examen chimique qui montre une importance considérable des graisses non dédoublées.

3.-

Cette stéatorrhée ne s'accompagne pas de signes de tétanie, ni d'ostéoporose évidente. Il existe donc des formes douloureuses para-articulaires qui simulent pendant longtemps un rhumatisme chronique et dont la preuve de l'origine intestinale est apportée par l'examen biologique des matières.

4.-

En dehors de son intérêt pathogénique, cette forme tire son intérêt de la thérapeutique : Traitement vitaminé calcique, qui est classique dans la stéatorrhée.

Vu et Permis d'imprimer

LE RECTEUR

de l'Université de PARIS :

J. SARRAILH

Vu

Le DOYEN de la FACULTE  
de MEDECINE de l'UNIVERSITE de  
PARIS :

L. BINET

Vu

Le PRESIDENT de la THESE :

H. BERNARD



## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - RAVINA - Dégénérescence amyloïde primitive du coeur.  
(PRESSE MEDICALE, 24 Février 1951). p.247
- 2 - WOLLAECER (E.E.) - Primary amyloidosis -  
(MED. CLIN. NORTH AMERICA, 1950) 34, 1113, 1118
- 3 - CATTAN (R.), FRUMUSAN (P.), LUMBROSO (P.) - Les Stéatorrhées  
(SEM. des HOPITAUX, N° 72, 22 Novembre 1953).  
p. 3721
- 4 - PETERSON (J.C.) et KAMPMEIER (R.H.) - Lipodystrophie intestinale de  
WHIPPLE -  
(AMER.JOURNAL of MEDIC.SCIENCES, Mai 1951,N°1950,p.543)
- 5 - DAMBLON (E.V.) - Amylose Primitive, Thèse PARIS, 1951.
- 6 - BASSET (S.H.), ADAMS (W.M.S.), GOLDMAN (R.), FISHKIN (B.G.)  
(MED.CLIN. of NORTH AMERICA, Vol.36, 4 Juin 1952).  
p.1173
- 7 - JUSTIN-BESANCON (L.) et RUBENS-DUVAL (A.) - Rhumatismes amyloïdes -  
(LES MONOGRAPHIES DE LA MEDECINE, Novembre 1941).
- 8 - ADLESBERG (D.) et SCHEIN (J.) - Clinical and pathologic studies in sprue.  
(J.A.M.A., 23 Août 1947). 134, 17.
- 9 - LE COULANT (P.), DAVID-CHAUSSE (J.) et TEXIER (L.)  
Amylose systématisée primitive -  
(SEM. des HOPITAUX, 14 Janvier 1953, p.176).
- 10 - HARTNEY (J.B.), BIEDERMAN (A.A.), BLUMBERG (J.M.) et LEEDHAM (C.L.) -  
Primary systemic amyloid disease -  
(J.A.M.A., 1949, N° 141, p.871).



- 11 - THIERS - Rhumatismes d'origine intestinale - Syndromes de  
FIESSINGER-LEROY et de REITER -  
(SEM. des HOPITAUX, 2 Octobre 1950)
- 12 - BASTIN - Manifestations Thumatismales des maladies virales  
(SEM. des HOPITAUX, 10 Novembre 1953).
- 13 - COSTE, BOURREL et SIBOULET - Rôle de certains micro-organismes en  
Rhumatologie  
(SEM. des HOPITAUX, 10 Novembre 1953).
-





